

режимах: T1W, T2W и с подавлением жировой ткани (STIR). Оценка инструментальных методов исследования суставов проводилась по системе 0/1 (0 – признака нет, 1 – признак есть).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с помощью программы STATISTICA v.6.0.

**Результаты и обсуждение.** Анализ результатов комплексного исследования суставов (Rg-графия, УЗИ и МРТ) у пациентов с РеА показал, что при использовании Rg-графии мы можем визуализировать и оценивать костные структуры и факт наличия патологии, а при использовании МРТ – визуализировать и оценивать костные структуры во взаимосвязи с мягкими тканями. Однако ни Rg-графия, ни МРТ не позволяет в полной мере оценить характер и вид эрозивного поражения суставов.

Именно благодаря особенностям ультразвукового метода исследования нами было установлено, что визуализируемые ультразвуковым методом краевые эрозии суставных поверхностей костей под энтезами у пациентов с РеА являются воспалительно-деструктивными эрозиями (истинные эрозии воспаления) за счет локального остеолита в местах прикрепления воспаленного энтеза.

При оценке результатов Rg-графии, УЗИ и МРТ в диагностике поражений суставов было установлено, что ультразвуковым методом выявлено достоверно большее количество эрозий ( $p < 0,001$ ), чем при Rg-графии и такое же количество эрозий, как при МРТ суставов.

По результатам комплексного исследования 24 суставов (96 квадрантов) у пациентов РеА были определены чувствительность, специфичность, доля истинных результатов Rg-графии и УЗИ в диагностике наличия эрозивных поражений суставов относительно «золотого стандарта» (МРТ) методом четырехпольной таблицы Флетчера.

Для ультразвукового исследования суставов чувствительность составила 97,9%; специфичность – 95,7%; диагностическая эффективность – 95,8%. При рентгенографическом исследовании суставов чувствительность составила 55,3%; специфичность – 87,7%; диагностическая эффективность – 70,5%.

#### **Выводы.**

1. У пациентов с реактивным артритом УЗИ, как и МРТ, достоверно более информативно, чем Rg-графия суставов в диагностике эрозивных поражений суставов.

2. УЗИ суставов позволяет установить особенность поражения суставной поверхности кости (вид эрозии) и оценить состояние сухожильно-связочного аппарата.

3. Чувствительность (97,9%), специфичность (95,7%) и диагностическая эффективность (95,8%) УЗИ в диагностике эрозивного поражения суставов при РеА достоверно выше, чем Rg-графии (55,3%; 87,7%; 70,5%, соответственно)

#### **Литература:**

1. Carter, J.D. Reactive arthritis: clinical aspects and medical management / J.D. Carter, A.P. Hudson // Rheum. Dis. Clin. North. Am. – 2009. – Vol. 35, № 1. – P. 21–44.

**УДК УДК 616.72-002**

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ПИРОФОСФАТНОЙ АРТРОПАТИИ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**

*Сиротко О.В., Сиротко В.В., Мороз О.К.,*

*Сергиевич А.В., Литвяков А.М.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Заболеваниями опорно-двигательного аппарата страдает около 5–20% населения Земли, при этом они значительно снижают качество жизни пациентов, приводят к инвалидизации и потере трудоспособности. Существует множество

различных заболеваний суставов, которые могут иметь схожую клиническую симптоматику и жалобы пациента, однако патогенез и принципы лечения их кардинально различаются, что отражено в приведенном нами случае из практики [1].

**Цель работы.** Показать важность дифференциальной диагностики заболеваний суставов с применением комплексного лабораторно-инструментального обследования на примере клинического случая из практики.

**Материал и методы.** Нами был проведен ретроспективный анализ медицинских карт и выписок предыдущих и текущих госпитализаций пациентки З., 1949 года рождения, которая была госпитализирована в ревматологическое отделение УЗ «Витебская областная клиническая больница» (УЗ «ВОКБ») спустя 2 года от дебюта заболевания.

Пациентка была предварительно обследована амбулаторно в районной поликлинике по месту жительства, куда она обратилась с жалобами на периодическую мигрирующую боль в правом коленном, плечевом и лучезапястном суставах. В результате проведенного обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, рентгенография коленных суставов, кровь на ревматоидный фактор и циркулирующие иммунные комплексы) пациентке З. был выставлен диагноз: Первичный полиостеоартрит: гонартрит справа 2 стадия, нарушении функции сустава 2 степени. Назначен курс терапии: Таб. Хондромед 250 мг – внутрь по 2 капсулы 3 раза в день на протяжении 2 месяцев и нестероидный противовоспалительный препарат Таб. Мелоксикам 15 мг – внутрь по 1 таблетке 1 раз в день при болях в суставах, ЛФК. На фоне проводимых 2 раза в год курсов терапии пациентка отмечала временное улучшение самочувствия.

Через 2 года после дебюта заболевания пациентка стала отмечать ухудшение самочувствия, поражение коленных, плечевых и лучезапястных суставов.

Учитывая ухудшение самочувствия, пациентка была направлена на госпитализацию в ревматологическое отделение УЗ «ВОКБ». Выполнен комплекс лабораторно-инструментальных методов исследования. В общем анализе крови и мочи отклонений выявлено не было. В биохимическом анализе крови отмечалось увеличение в 2 раза выше верхней границы нормы уровня щелочной фосфатазы, остальные показатели были в пределах нормы. Ревматологический профиль: циркулирующие иммунные комплексы – 75 Ед., ревматоидный фактор – отр., Антистрептолизин «О» – отр., АЦЦП – отр.

По данным Rg-графии пораженных суставов в прямой проекции были выявлены: диффузный остеопороз, сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, субхондральные кисты, оссификация связок.

В результате комплексного дообследования у пациентки З. была выявлена сопутствующая патология: Мочекаменная болезнь. Камни правой почки. Узловое образование правой доли щитовидной железы?

Учитывая особенности болевого синдрома, данные комплексного лабораторно-инструментального обследования, для проведения дифференциальной диагностики и исключения эндокринологической патологии нами было назначено дополнительное лабораторное исследование крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы и паращитовидных желез, консультация эндокринолога. Результаты дообследования: паратгормон 1119 пг/мл (норма 15-65); щелочная фосфатаза 247,58 Ед/л (норма 35-105); кальций ионизированный 1,88 ммоль/л (1,12-1,32); по данным УЗИ была выявлена аденома паращитовидной железы (выполнена пункционная биопсия). Результаты дообследования пациентки З. подтвердили наше предположение, а выявление кристаллов пирофосфата кальция в синовиальной жидкости позволили провести дифференциальную диагностику между остеоартритом и пирофосфатной артропатией.

Таким образом, пациентке был выставлен следующий диагноз: Вторичная пирофосфатная артропатия, псевдоостеоартрозная форма на фоне гиперпаратиреоза с

преимущественным поражением коленных и луче-запястных суставов, хроническое течение. Аденома паращитовидной железы. Первичный гиперпаратиреоз. Мочекаменная болезнь. Камни правой почки.

После оперативного удаления аденомы паращитовидной железы на фоне проводимой терапии лабораторные изменения крови нормализовались, а состояние пациентки улучшилось.

**Выводы.** Для проведения своевременной дифференциальной диагностики остеоартрита необходимо выполнять весь комплекс лабораторно-инструментальных методов исследований, в том числе для исключения микрокристаллических артритов (первичных и вторичных).

#### **Литература:**

1. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism collaborative initiative / D. Aletaha [et al.] // Ann. Rheum. Dis. – 2010. – Vol. 69. – P. 1580–1588.

**УДК 378.147:616-005.8-073.97**

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST-T ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И СИНДРОМЕ БРУГАДА**

*Соболев С.М., Козловский В.И., Бабенкова Л.В., Печерская М.С.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Подъем сегмента ST и изменения зубца T встречаются при целом ряде заболеваний. Одним из частных случаев является подъем сегмента ST в отведениях V1-V3 при синдроме Бругада. Дифференциация этих заболеваний может быть выполнена путем сравнения клиники и ЭКГ-критериев. Необходимость ЭКГ дифференциации определяется требованием ранней диагностики в связи с высоким риском летальных исходов вследствие аритмий, наличия острого ИМ. С другой стороны, изменения могут быть малосимптомными проявлениями заболеваний.

**Цель работы.** Обобщение опыта компетентностного обучения на основе доказательной медицины электрокардиографической дифференциальной диагностике изменений ST-T при ИМ и различных вариантах синдрома Бругада (СБ).

**Результаты и обсуждение.** Инфаркт миокарда зачастую протекает малосимптомно, с атипичной клиникой и также может быть причиной летального исхода. ИМ, являющийся острой формой ИБС, может иметь в остром периоде отчасти похожие изменения ЭКГ, но требует неотложных мероприятий ввиду потенциально высокой летальности. Известно, что синдром Бругада представляет собой клинко-электрокардиографический синдром, характеризующийся синкопальными состояниями и эпизодами ВС у лиц без органических изменений в сердце [4]. На ЭКГ он проявляется подъемом сегмента ST в правых грудных отведениях и изменением комплекса QRS, сходным с блокадой, чаще неполной, правой ножки пучка Гиса (БПНПГ). Эти изменения могут исчезать, с или без возникновения на этом фоне эпизодов политопной желудочковой тахикардии и/или фибрилляции желудочков, обуславливающих соответствующую клиническую картину. Синдром Бругада проявляется эпизодами сложных нарушений ритма сердца, часто ведущих к ВС. Без профилактического лечения синдромов частота развития внезапной смерти (ВС) у пациентов с синдромом Бругада достоверно выше, чем в основной популяции. Клинические проявления ИМ как правило представляют типичный болевой синдром, левожелудочковая недостаточность, реже клиника бывает атипичной или даже безболевой.